



Arbetsplatsenkät

nr _____

FRÅGOR OM INNEMILJÖN PÅ DIN ARBETSPLATS

Enkäten är ett led i att ta fram underlag för att göra en miljövärdering av det hus där du arbetar. Utvärderingen görs enligt EcoEffect-metoden som utvecklas vid Kungl. Tekn. Högskolan i Stockholm. Resultatet visar kvaliteter och brister hos byggnaden som de upplevs av brukarna. Enkätresultatet är till nytta för fastighetsägaren, dels i planeringen av drift och underhåll och dels för att få kvalitetshöjande åtgärder bekräftade av brukarna.

Det tar ca 10 minuter att fylla i enkäten. Sätt ett kryss i rutan för de svarsalternativ som passar dig bäst. Försök att svara på alla frågor. Kan eller vill du inte svara på någon fråga så utelämna svar. Lämna gärna kommentarer i slutet av enkäten.

Observera att de flesta frågorna handlar om just **det rum eller ställe där du normalt sitter och arbetar**. Det märker du genom att frågan innehåller "din personliga arbetsplats".

Svaren kommer att sammanställas och redovisas för fastighetsägaren. Redovisningen innehåller bara avidentifierade uppgifter.

För att få kunskap om innemiljön på din arbetsplats är **ditt personliga svar viktigt**. **Ditt svar lämnar du till**

Har du några frågor? Ring till:

Tove Malmqvist, KTH, tel. 08-790 79 68

Mauritz Glaumann, KTH, tel. 08-790 85 25 eller högskolan i Gävle, tel. 026-64 81 25

Datum: _____

Arbetsplats: _____

Byggnadens benämning (om fler än en): _____ Rum nr: _____

Jag arbetar huvudsakligen i:

¹ Kontorslandskap² Kontorsrum³ Reception⁴ Vaktmästeri⁵ Annat, vad? _____**A. ARBETSMILJÖ****A1. Är du nöjd eller missnöjd med ...?**

		Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
1	...storleken på din personliga arbetsplats	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	...utformningen av din personliga arbetsplats	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3	...möjligheterna till utblick vid din personliga arbetsplats	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4	...städningen av lokalerna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5	...övrigt underhåll av lokalerna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

A2. Är du nöjd eller missnöjd med ...?

		Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
1	...dina arbetsuppgifter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	...samarbetet med kollegor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3	...arbetsbelastningen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4	...dina möjligheter att påverka förhållandena på arbetsplatsen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5	...den allmänna stämningen på arbetsplatsen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

B. VÄRME OCH TEMPERATUR

B1. Besväras du av följande problem med värmen vid din personliga arbetsplats...?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1 ...för kallt på vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 ...för varmt på vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 ...för kallt på sommarhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 ...för varmt på sommarhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5 ...rumstemperaturen varierar med utetemperaturen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6 ...kallt golv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7 ...kalla väggar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8 ...kallt tak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9 ...drag vid golv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10 ...drag från fönster	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11 ...drag från dörrar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12 ...drag från ventilationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B2. Hur stora är dina möjligheter att påverka värmen vid din personliga arbetsplats (t ex med värme/kylreglage, vädring, solskydd)?

	Mycket stora	Ganska stora	Ganska små	Mycket små	Finns inga möjligheter
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

B3. Hur tycker du rumstemperaturen i stort sett brukar vara vid din personliga arbetsplats....?

	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel	Ganska dålig	Mycket dålig
1 ...under vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 ...under sommarhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

C. LUFTKVALITET

C1. Besväras du av någon av följande lukter vid din personliga arbetsplats?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1 Avgaslukt, t ex bilavgaser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 Tobaksrök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 Matos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 Lukt av kopieringsmaskiner, skrivare eller liknande	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5 Soplukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6 Avloppslukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7 Stickande lukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8 Mögellukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9 Unken lukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

C2. Besväras du av något av följande problem vid din personliga arbetsplats ?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1 Dammig luft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 Elektrostatiska stötar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 Torr luft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 Fuktig luft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5 Instängd luft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

C3. Hur stora är dina möjligheter att påverka luftkvaliteten vid din personliga arbetsplats genom att reglera ventilationen eller vädra ?

	Mycket stora	Ganska stora	Ganska små	Mycket små	Finns inga möjligheter
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

C4. Hur tycker du att luftkvaliteten i stort sett brukar vara vid din personliga arbetsplats ?

	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel	Ganska dålig	Mycket dålig
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

D. LJUD/BULLER

D1. Besväras du av följande ljud vid din personliga arbetsplats?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1 Ljud utifrån, t ex från trafik, industri eller människor utomhus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 Tal/röster från angränsande rum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 Stegljud från angränsande rum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 Ljud från korridor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5 Skrapljud från möbler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6 Ljud från ventilationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7 Ljud från kranar, rör eller element	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8 Ljud från kopieringsmaskiner eller andra apparater	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9 Ekande ljud från tal och röster i rummet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10 Svårighet att uppfatta tal i rummet (för dämpat)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

D2. Händer det att du har koncentrationssvårigheter på grund av störande ljud vid din personliga arbetsplats ?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

D3. Hur tycker du att ljudförhållandena i stort sett brukar vara vid din personliga arbetsplats ?

	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabla	Ganska dåliga	Mycket dåliga
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

E. SOL, DAGSLJUS OCH ELBELYSNING

E1. Besvåras du av följande problem med ljuset vid din personliga arbetsplats?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1 För lite dagsljus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 För mycket direkt solinstrålning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 Solreflexer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 För svag elbelysning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5 För stark elbelysning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6 Bländande lampor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7 Flimrande lampor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8 För starka ljuskontraster	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9 För "kall" eller för "varm" elbelysning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

E2. Har du problem med ögonen eller synen när du arbetar vid bildskärm eller läser?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

OM "Ja, ofta" eller "Ja, ibland": Tror du att dessa problem har ett samband med belysningen vid din personliga arbetsplats ?

2	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Nej 2 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	-----------------------------------

E3. Hur tycker du att ljusförhållandena i stort sett brukar vara vid din personliga arbetsplats?

1	Mycket bra 1 <input type="checkbox"/>	Ganska bra 2 <input type="checkbox"/>	Acceptabla 3 <input type="checkbox"/>	Ganska dåliga 4 <input type="checkbox"/>	Mycket dåliga 5 <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---	---

F. HUS OCH HÄLSA

F1. Har du eller har du haft någon form av allergiska besvär?

	Ja	Nej
1 Astma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2 Hösnuva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 Allergiska eksem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

OBS! Har du svarat ja på någon av de tre föregående frågorna skall du också besvara avsnitt K

F2. Har du under de tre senaste månaderna haft något/några av nedanstående besvär?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig	Om "Ja, ofta" eller "Ja, ibland", tror du att det beror på arbetsplatsens innemiljö ?	
				Ja	Nej
1 Trötthet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 Huvudvärk	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 Klåda, sveda eller irritation i ögonen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4 Irriterad, täppt eller rinnande näsa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5 Heshet, halstorrhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 Hosta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7 Torr eller rodnande hud i ansiktet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

F3. Har du återkommande besvär med lederna ?

	Ja	Nej
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

OM JA: Händer det att dessa besvär förvärras av att det är kallt eller dragigt vid din personliga arbetsplats ?

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
2	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

G. GEMENSAMMA UTRYMMEN/UTEMILJÖ

G1. Hur bedömer du innemiljön i gemensamma utrymmen ?

		Luft- Kvaliteten			Värme- komforten			Ljud- förhållandena			Ljus- förhållandena		
		Bra	Accep tabel	Dålig	Bra	Accep tabel	Dålig	Bra	Accep tabla	Dåliga	Bra	Accep tabla	Dåliga
1	Fikarum/ pausrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
2	Matsal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
3	Korridor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
4	Samman- trädesrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
5	Övriga utrymmen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
6	Övriga utrymmen												
7	Arbets- platsen som hel- het	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>

G2. Besväras du av att den gemensamma uteplatsen på arbetsplatsen (som t ex har utemöbler)... ?

		Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig	Det finns ingen gemensam uteplats
1	...inte får tillräckligt med sol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	...är blåsig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
3	...är bullerstörd	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
4	...ofta utsätts för lukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
5	...lätt blir dammig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
6	...inte får tillräckligt med skugga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
7	...saknar växtlighet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
8	...saknar avskildhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	

G3. Hur tycker du utemiljön i stort sett är intill din arbetsplats (inom ca 50-100 m)?

	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel	Ganska dålig	Mycket dålig
1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

J. BAKGRUNDSFRÅGOR

J1. På vilket våningsplan ligger din personliga arbetsplats ?

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| 1 | Källarvåning | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Våning delvis under mark (souterrängvåning) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Bottenvåning/nedre botten | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 1 trappa upp | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 2 trappor upp | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 3 trappor upp | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 4 trappor upp eller högre | 7 | <input type="checkbox"/> |

J2. Har din personliga arbetsplats ...?

- | | | Ja | Nej |
|---|--|----|-----|
| 1 | ...tapetserats, målats och/eller fått ny golvbeläggning under <u>det senaste året</u> | 1 | 2 |
| 2 | ...heltäckningsmatta | 1 | 2 |
| 3 | ...fönster som vetter mot soligt vädersträck | 1 | 2 |
| 4 | - Om ja, finns det, förutom gardiner, någon solavskärmning (t ex markis) vid dessa fönster | 1 | 2 |

J3. Hur länge har du haft nuvarande personliga arbetsplats ?

- | | | | |
|---|---------------------|---|--------------------------|
| 1 | Mindre än 6 månader | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 6 till 12 månader | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 1-3 år | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 4-5 år | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 6 -10 år | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Mer än 10 år | 6 | <input type="checkbox"/> |

J4. Hur många timmar i genomsnitt per arbetsdag ...?

- | | | |
|---|---|--------|
| 1 | ...vistas du vid din personliga arbetsplats |h |
| 2 | ...sitter du framför en dator |h |

J5. Hur gammal är du ?

- | | | | |
|---|-------------------|---|--------------------------|
| 1 | 24 år eller yngre | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 25-34 år | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 35-44 år | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 45-54 år | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 55-64 år | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 65 år eller äldre | 6 | <input type="checkbox"/> |

J6. Är du kvinna eller man ?

- 1 Kvinna Man
 ¹ ²

K. OM DU ÄR ALLERGIKER:

(Besvaras av dig som har eller har haft astma, hösnuva eller allergiska eksem – fråga F1).

K1. Hur länge har du haft dina allergiska besvär ?

- | | | |
|---|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | Mindre än 6 mån | ¹ <input type="checkbox"/> |
| 2 | 6-12 mån | ² <input type="checkbox"/> |
| 3 | 1-3 år | ³ <input type="checkbox"/> |
| 4 | 4-5 år | ⁴ <input type="checkbox"/> |
| 5 | 6-10 år | ⁵ <input type="checkbox"/> |
| 6 | mer än 10 år | ⁶ <input type="checkbox"/> |

K2. Hur förändras ditt allergiska tillstånd när du vistas på din arbetsplats ?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| 1 | Tillståndet förbättras | ¹ <input type="checkbox"/> |
| 2 | Tillståndet varken förbättras eller försämras | ² <input type="checkbox"/> |
| 3 | Tillståndet försämras | ³ <input type="checkbox"/> |

**K3. Vilka av följande faktorer anser du bidrar till dina allergiska besvär?
Flera alternativ kan anges.**

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | Årstiden | ¹ <input type="checkbox"/> |
| 2 | Kosthållningen | ² <input type="checkbox"/> |
| 3 | Utemiljön (t ex avgaser, pollen) | ³ <input type="checkbox"/> |
| 4 | Kranar, dörrtrycken, handtag mm på arbetsplatsen, på grund av kontaktallergi | ⁴ <input type="checkbox"/> |
| 5 | Heltäckningsmattor på arbetsplatsen | ⁵ <input type="checkbox"/> |
| 6 | Kollegor som röker | ⁶ <input type="checkbox"/> |
| 7 | Kollegor som använder parfym | ⁷ <input type="checkbox"/> |
| 8 | Kollegor som har pälsdjur | ⁸ <input type="checkbox"/> |
| 9 | Arbetsplatsens inommiljö | ⁹ <input type="checkbox"/> |
| 10 | Annat, vad..... | ¹⁰ <input type="checkbox"/> |

