



Bostadsenkät

lgh nr _____

FRÅGOR OM DIN BOENDEMILJÖ

Enkäten är ett led i att ta fram underlag för att göra en miljövärdering av det hus/det bostadsområde du bor i. Utvärderingen görs enligt EcoEffect-metoden som utvecklats vid KTH (Kungl. Tekn. Högskolan) i Stockholm. Resultatet visar kvaliteter och brister hos byggnaden och dess närmiljö 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 utelämnar svar. Lämna gärna kommentarer i slutet av enkäten.

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

För att få kunskap om din bostadsmiljö och kvalitet är **ditt personliga svar viktigt!**

Har du några frågor? Ring till någon av nedanstående:

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

A. TRIVSEL

A1. Är du nöjd eller missnöjd med....?

	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
1 ...lägenhetens storlek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 ...lägenhetens planlösning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 ...lägenhetens standard	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4 ...hyran	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5 ...lägenheten som helhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 ...husets skötsel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7 ...säkerheten i bostads- området	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. Tycker du att det är för kallt eller för varmt i din lägenhet under vinterhalvåret?

	Mycket för kallt	För kallt	Lagom	För varmt	Mycket för varmt
1 I vardagsrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 I sovrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 I lägenheten som helhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

B2. Tycker du att det är för kallt eller för varmt i din lägenhet under sommarhalvåret?

	Mycket för kallt	För kallt	Lagom	För varmt	Mycket för varmt
1 I vardagsrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 I sovrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 I lägenheten som helhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

B3. Besväras du av att temperaturen i lägenheten varierar med utetemperaturen?

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

B4. Besväras du av drag i din lägenhet under vintern? Flera alternativ kan anges.

	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1 Drag vid golv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 Drag vid fönster	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 Drag vid balkongdörr eller tamburdörr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 Drag vid ventil i fönster eller yttervägg	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5 Drag vid ventilationsinblåsning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B5. Besväras du vintertid av att din lägenhet har....?

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

B6. Hur stora är dina möjligheter att påverka värmen i din lägenhet under vintern?

	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"/>

B7. Hur tycker du rumstemperaturen i stort sett brukar vara i din lägenhet under?

	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel	Ganska dålig	Mycket dålig
1 ...vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 ...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 i din lägenhet ?

	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 Röklukt utifrån, t ex grillrök eller tobaksrök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 Lukt av grannars matos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 Lukt av eget matos	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 i din lägenhet?

	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. Tycker du att ytor och detaljer är utformade så att det är lätt eller svårt att städa/göra rent i....?

	Mycket lätt	Ganska lätt	Acceptabelt	Ganska svårt	Mycket svårt
1 ...kök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 ...badrum/wc	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 ...lägenheten som helhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

C4. Hur stora är dina möjligheter att påverka luftkvaliteten i din lägenhet 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"/>

C5. Hur tycker du att luftkvaliteten i stort sett brukar vara i din lägenhet?

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | 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 i din lägenhet?**

- | | 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 Musik eller röster från grannlägenheter | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 3 Stegljud från grannar | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Ekande ljud i trapphus eller korridor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 5 Ljud från ventilationen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 6 Ljud från kranar, rör eller element | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 7 Ljud från kyl/frys | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

D2. Händer det att du har sömnsvärigheter på grund av att störande ljud når in till ditt sovrum?

- | | 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 i din lägenhet?

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | 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. Besväras du av att det är....?**

- | | Ja, ofta
(varje vecka) | Ja, ibland | Nej, sällan
eller aldrig |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 ...för lite direkt solljus i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 2 ...för lite dagsljus i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

E2. Hur tycker du att dagsljusförhållandena i stort sett brukar vara i din lägenhet?

	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"/>

E3. Besväras du av att den fast monterade belysningen i allmänhet är ...? (finns ofta i kök, badrum och toalett)

		Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1	...för stark	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2	...för svag	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3	...bländande	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4	...flimrande	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5	...för kall eller varm i ljusskenet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

E4. Hur stora är dina möjligheter att själv kunna ordna belysning i lägenheten (t ex på grund av antal och placering av eluttag)?

	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"/>

E5. Hur tycker du att den fasta elbelysningen i stort sett är....?

		Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel	Ganska dålig	Mycket dålig
1	...i lägenheten (kök, bad, WC)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	...i allmänna utrymmen (trapphus, tvättstuga)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	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			
4	Är det någon annan i hushållet som har eller har haft allergiska sjukdomar ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

G. UTEMILJÖ

G1. Besväras du av att din balkong/privata uteplats?

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig	Det finns ingen balkong/ privat uteplats 4
1 ...inte får tillräckligt med sol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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"/>	

G2. Besväras du av att den gemensamma uteplatsen (som t ex har utemöbler och/eller lekredskap)....?

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig	Det finns ingen gemensam uteplats 4
1 ...inte får tillräckligt med sol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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"/>	

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

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

H. ÖVRIGT

H1. Hur tycker du att dricksvattnet smakar?

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

H2. Har du under det senaste året haft problem med ohyra i lägenheten?

- | | Ja | Nej |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Myror | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2 Kackerlackor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mjölbaggar | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4 Pälsängar | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5 Annat (beskriv i slutkommentaren) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

J. BAKGRUNDSFRÅGOR

J1. Hur stor är din lägenhet?

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1 1 rum och kök/kokvrå | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 2 rum och kök/kokvrå | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 3-4 rum och kök | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 5-6 rum och kök | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 7 rum och kök eller större | 5 <input type="checkbox"/> |

J2. På vilket våningsplan ligger din lägenhet?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1 1-2 trappor ned (suterrängvåning) | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 bottenvåning/nedre botten | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 1-2 trappor upp | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 3-4 trappor upp | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 5 trappor upp eller högre | 5 <input type="checkbox"/> |

J3. Har din lägenhet något fukt-/mögelproblem eller någon vattenskada som inte är åtgärdad?

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Fuktskada (fuktfläck på vägg/golv/tak) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vattenskada (läckande rör, diskmaskin etc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 3 Synligt mögel i badrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Synligt mögel i annat rum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

J4. Har något/några rum i din lägenhet tapetserats, målats och/eller fått ny golvbeläggning under det senaste året?

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1 Ja, hela lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Ja, delar av lägenheten | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Nej | 3 <input type="checkbox"/> |

J5. Hur länge har du bott i huset där din lägenhet ligger?

- | | | |
|---|---------------------|----------------------------|
| 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"/> |

**J6. Hur många bor stadigvarande i din lägenhet?
Räkna även med Dig själv.**

- | | | |
|---|--------------------|-------|
| 1 | Antal vuxna | |
| 2 | Antal barn 0-6 år | |
| 3 | Antal barn 7-17 år | |

J7. 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"/> |

J8. Är du kvinna eller man?

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Kvinna | Man |
| | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

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"/> |

