



Skolenkät - - Elever 13 år och äldre

nr _____

FRÅGOR OM INNEMILJÖN I DIN SKOLA

Enkäten är ett led i att ta fram underlag för göra en miljövärdering av den skola du går i. Utvärderingen görs enligt EcoEffect-metoden som utvecklats vid Kungl.Tekn. Högskolan i Stockholm. Enkätresultatet är till nytta för fastighetsägaren för att planera åtgärder eller för att utvärdera genomförda åtgärder. Därför ber vi dig som vistas regelbundet i skolan att besvara enkäten.

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.

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

För att få kunskap om innemiljön på din skola 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 när du fyller i formuläret: 20 - - Skolans namn: _____

Byggnadens namn
(Om det finns mer än en byggnad): _____ Rum nr: _____**A. SKOLMILJÖN****A1. Är du nöjd eller missnöjd med ...?**

		Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
1	Skolans utformning (Fungerar lokalerna bra för skolarbetet)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	Städningen av skolans lokaler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

A2. Hur trivs du i skolan?

	Mycket Bra	Ganska bra	Varken bra eller dåligt	Ganska dåligt	Mycket dåligt
1	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 i det här rummet av...?**

		Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
1	...att det är för kallt på vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2	...att det är för varmt på vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3	...att det är för kallt på sommarhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4	...att det är för varmt på sommarhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5	...att 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"/>

Skolenkät - Elever 13 år och äldre

B2. Hur stora är dina möjligheter att påverka värmen i det här rummet (t ex med värmereglage, 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 värmen i stort sett brukar vara i det här rummet...?

- | | | | | | | |
|---|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | 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 lukter i detta rum?**

- | | | | | |
|---|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | | 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 i det här rummet ?

- | | | | | |
|---|------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | | 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 reglera ventilationen eller vädra i det här rummet ?

- 1 Mycket stora Ganska stora Ganska små Mycket små Finns inga möjligheter
 1 2 3 4 5

C4. Hur tycker du att luften i stort sett brukar vara i det här rummet?

- 1 Mycket bra Ganska bra Acceptabel Ganska dålig Mycket dålig
 1 2 3 4 5

D. LJUD/BULLER**D1. Besväras du av ljud i det här rummet?**

- | | | 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 | | | |
| 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 på grund av "prat i klassen" | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 9 | Tal och röster som ekar i rummet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 10 | Svårt att höra vad som sägs i rummet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

D2. Händer det att du har koncentrationssvårigheter på grund av störande ljud i det här rummet?

- 1 Ja, ofta
(varje vecka) Ja, ibland Nej, sällan eller aldrig
 1 2 3

D3. Hur tycker du att ljudförhållandena i stort sett brukar vara i det här rummet?

- 1 Mycket bra Ganska bra Acceptabla Ganska dåliga Mycket dåliga
 1 2 3 4 5

E. SOL, DAGSLJUS OCH ELBELYSNING

E1. Besväras du av problem med ljuset i det här rummet?

	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"/>

E2. Har du problem med ögonen eller synen när du arbetar vid dator 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 i det här rummet ?

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

E3. Hur tycker du att ljuset i stort sett brukar vara i det här rummet?

	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabelt	Ganska dåligt	Mycket dåligt
1	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...?

		Ja	Nej
1	...astma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2	...hösnuva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	...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, säll- an eller aldrig	Om "Ja, ofta" eller "Ja, ibland", tror du att det beror på skolans innemil- jö?	
					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	Kliande, svidande eller irriterade ögon	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"/>

G. GEMENSAMMA UTRYMMEN/UTEMILJÖ

G1. Hur bedömer du innemiljön i gemensamma utrymmen ?

		Luften			Värmen			Ljudet			Ljuset		
		Bra	Accep tabel	Dålig	Bra	Accep tabel	Dålig	Bra	Accep dåligt tabelt		Bra	Accep Dåligt tabelt	
1	Uppehållsrum	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	Korridorer	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	Gymnas-tiken	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	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"/>
7	Skolan som helhet	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 skolgården...?

		Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig	Det finns ingen skolgård
1	...inte är tillräckligt solig	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	...är dammig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
6	...inte har någon 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 på skolgården i stort sett är ?

	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. Hur länge har du gått i den här skolan?**

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

J2. Hur många timmar per skoldag arbetar du i genomsnitt vid dator?

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Mindre än en halvtimme | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 | en halvtimme till en timme | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 | 1 - 2 timmar | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 | 2 - 3 timmar | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 | 4 timmar eller mer | 5 <input type="checkbox"/> |

J3. Hur gammal är du ?

- | | | |
|---|----------------|----------------------------|
| 1 | Yngre än 13 år | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 | 13 - 15 år | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 | 16 - 18 år | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 | Äldre än 18 år | 4 <input type="checkbox"/> |

J4. Är du tjej eller kille?

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Tjej
1 <input type="checkbox"/> | Kille
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 din allergi ?

- | | | |
|---|-----------------|----------------------------|
| 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 din allergi när du är i skolan ?

- | | | |
|---|---|----------------------------|
| 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. Vilket av följande anser du bidrar till din allergi?

Flera alternativ kan anges.

- | | | |
|----|--|-----------------------------|
| 1 | Årstiden | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 | Maten | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 | Utemiljön (t ex avgaser, pollen) | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 | Kranar, dörrtrycken, handtag mm i skolan, på grund av kontaktallergi | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 | Heltäckningsmattor i skolan | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 | Elever eller vuxna i skolan som röker | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 | Elever eller vuxna i skolan som använder parfym | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 | Elever eller vuxna i skolan som har pälsdjur | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 | Skolans innemiljö | 9 <input type="checkbox"/> |
| 10 | Annat, vad _____ | 10 <input type="checkbox"/> |

