

# Några frågor om Ditt INOMHUSKLIMAT

## Energi



Frågorna besvaras genom att Du sätter ett kryss i rutan för det svarsalternativ som passar Dig bäst.



Skicka in det ifyllda formuläret så fort som möjligt. Gärna redan idag. Använd det bifogade svarskuvertet.



Om du har några frågor kan Du ringa till .....

---

**Vi är intresserade av att få veta hur Du trivs i Din bostad  
och hur Du upplever Ditt inomhusklimat.**

---

**1. Är Du nöjd eller missnöjd med ....**

	mycket nöjd	ganska nöjd	varken eller	ganska missnöjd	mycket missnöjd
lägenhetens storlek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
lägenhetens planlösning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
lägenhetens standard	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
hyran	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
lägenheten som helhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
husets skötsel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

---

**VÄRME OCH TEMPERATUR**

---

**2. Tycker Du att det är för kallt eller för varmt i något rum  
i lägenheten under vinterhalvåret?**

	mycket för kallt	för kallt	lagom	för varmt	mycket för varmt
i kök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i vardagsrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i badrum/toalett	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i sovrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**3. Tycker Du att det är för kallt eller för varmt i något rum  
i lägenheten under sommarhalvåret?**

	mycket för kallt	för kallt	lagom	för varmt	mycket för varmt
i kök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i vardagsrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i badrum/toalett	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i sovrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

4. **Besväras Du av att temperaturen varierar i lägenheten beroende på temperaturförändringar utomhus?**

- 1  ja, ofta  
 2  ja, ibland  
 3  nej, sällan eller aldrig

5. **Tycker Du att uppvärmningssystemet i lägenheten ger Dig bra eller dåliga möjligheter att själv påverka temperaturen?**

- 1  mycket bra  
 2  ganska bra  
 3  acceptabla/ varken bra eller dåliga  
 4  ganska dålig  
 5  mycket dålig  
 6  finns inga möjligheter

6. **Tycker Du att Din lägenhet har .... ?**

	ja	nej	vet ej
kalla golv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
kalla väggar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

7. **Besväras Du av drag i Din lägenhet? Ange i så fall i vilket rum och varifrån det drar. Flera alternativ kan anges.**

	besväras <u>ej</u> av drag	besväras av drag:				
		vid golv	vid fönster	vid dörr	vid ventil i fönster, yttervägg	vid ventilations- inblåsning
kök	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
vardagsrum	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
badrum/toalett	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
sovrum	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
hall	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

8. **Hur tycker Du värmekomforten i stort sett är i Din lägenhet under ... ?**

	mycket bra	ganska bra	acceptabelt/ varken bra eller dåligt	ganska dåligt	mycket dåligt
sommarhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

---

**VENTILATION**


---

**9. Hur bedömer Du i allmänhet luften i Din lägenhet?**

 är luften torr eller fuktig .....

mycket torr	ganska torr	varken eller	ganska fuktig	mycket fuktig
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

 är luften ren eller dammig .....

mycket ren	ganska ren	varken eller	ganska dammig	mycket dammig
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

 är luften frisk eller unken .....

mycket frisk	ganska frisk	varken eller	ganska unken	mycket unken
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**10. Besväras Du av följande olägenheter i Din lägenhet?  
Markera hur ofta Du besväras av ...**

	ja, ofta	ja, ibland	nej, aldrig
eget matos som sprids i lägenheten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
matos från grannlägenheter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
tobaksrök eller annan lukt från grannlägenheter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
lukter utifrån, t.ex. bilavgaser, grillkök och industrier.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
torr luft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
svårighet att få tvätt/fuktiga handdukar torra i bad/duschrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
kondens <i>mellan</i> fönsterrutor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
kondens på <i>insidan</i> av fönstren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
kondens på <i>utsidan</i> av fönstren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**11. Känner Du av någon av följande lukter i Din lägenhet?**

	ja, ofta	ja, ibland	nej, aldrig
stickande lukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
mögellukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
instängd lukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
unken lukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
avloppslukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
soplukt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**12. Hur tycker Du att luftkvaliteten i stort sett är i ...**

	mycket bra	ganska bra	acceptabelt/ varken bra eller dålig	ganska dålig	mycket dålig
vardagsrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
sovrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
lägenheten som helhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**13. Tycker Du att ventilationssystemet i lägenheten ger Dig bra eller dåliga möjligheter att själv påverka luftkvaliteten?**

- 1  mycket bra  
 2  ganska bra  
 3  acceptabla/ varken bra eller dåliga  
 4  ganska dålig  
 5  mycket dålig  
 6  finns inga möjligheter

**14. Hur ofta vädrar Du vanligtvis under eldningssäsongen?  
(d v s september - april)**

- 1  vädrar dagligen/nästan varje dag  
 2  vädrar ungefär 1 gång i veckan  
 3  vädrar någon gång i månaden  
 4  vädrar sällan eller aldrig

**15. När Du vädrar brukar Du oftast öppna.....**

- 1  fönster  
 2  endast vädringsfönster  
 3  balkongdörr  
 4  vädrar sällan aldrig

**16. Hur länge brukar Du ha öppet när Du vädrar?**

- 0  har **ständigt** (dygnet runt) öppet någonstans  
 1  har öppet någonstans **hela dagen**  
 2  har öppet någonstans **hela natten**  
 3  har öppet någonstans **några timmar**  
 4  har öppet någonstans **några minuter**  
 5  vädrar sällan aldrig

**17. När Du vädrar hur stor öppning brukar Du då ha på det fönster/ balkongdörr som Du oftast öppnar?**

- 1  mindre än 1 centimeters öppning  
 2  2-4 centimeters öppning  
 3  5-9 centimeters öppning  
 4  10 centimeters öppning eller mer  
 5  vädrar sällan aldrig

***Inomhusklimat och hälsa är något som hör ihop med varandra.***

**18. Har Du eller har Du haft ... ?**

	ja	nej
någon form av astmatiska besvär	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
hösnuva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
någon form av eksem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
är det någon annan i hushållet som har eller har haft allergiska sjukdomar/besvär?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**19. Har Du under de tre senaste månaderna haft något/några av nedanstående besvär?**

	JA			NEJ	OM JA: Tror Du det beror på Din bostadsmiljö?	
	ofta (varje vecka)	ibland	aldrig		ja	nej
trötthet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
huvudvärk	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
klåda, sveda, irritation i ögonen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
irriterad, täppt eller rinnande näsa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
heshet, halstorrhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
hosta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
torr eller rodnande hud i ansiktet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**20. Har Du ofta återkommande besvär med lederna ?**

1  ja  
2  nej

**OM JA:**

**Händer det att dessa besvär förvärras av att det är för kallt och dragit i lägenheten?**

1  ja, ofta  
2  ja, ibland  
3  nej, sällan eller aldrig

---

**LJUD OCH LJUS**


---

**21. Besväras Du av störande ljud i Din lägenhet?**

	ja, ofta	ja, ibland	nej, sällan eller aldrig
ljud från kranar, rör eller ledningar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
ljud från ventilationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
ljud från grannlägenheter, trapphus eller hiss	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
ljud utifrån, t.ex. från trafik, industri eller människor utomhus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**22. Tycker Du att det är för mycket ljud i Din lägenhet eller är det en tyst lägenhet?**

mycket tyst	ganska tyst	acceptabel/ varken tyst eller ljudfylld	ganska ljudfylld	mycket ljudfylld
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**23. Tycker Du att Din lägenhet är för ljus eller för mörk?**

mycket för ljus	för ljus	lagom	för mörk	mycket för mörk
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**24. Tycker Du att Du får för lite eller för mycket direkt solljus i lägenheten under .... ?**

	för mycket	något för mycket	lagom	något för lite	för lite
vinterhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
sommarhalvåret	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**25. Tycker Du att Du får för mycket eller för lite sol på Din balkong sommartid?**

för mycket	något för mycket	lagom	något för lite	för lite	saknar balkong
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**26. Tycker Du att den fasta belysningen i lägenheten och trapphuset är för stark eller för svag?**

	alldeles för stark	något för stark	lagom	något för svag	alldeles för svag
i lägenheten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
trapphus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**27. Har Du haft några problem med statisk elektricitet i något rum i lägenheten?**

ja, ofta	1 <input type="checkbox"/>
ja, ibland	2 <input type="checkbox"/>
nej, aldrig	3 <input type="checkbox"/>

**28. Hur tycker Du att dricksvattnet i Din lägenhet smakar?**

mycket bra	ganska bra	acceptabelt/ varken bra eller dålig	ganska dåligt	mycket dåligt
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**29. Händer det att Du har sömnsvårigheter på grund av att störande ljud når in till Ditt sovrum?**

1 <input type="checkbox"/>	ja, ofta
2 <input type="checkbox"/>	ja, ibland
3 <input type="checkbox"/>	nej, sällan eller aldrig

**30. Hur ofta rengör Du ... ?**

	varje månad	ca 1 ggr/ halvår	ca 1 ggr/ år	mer sällan	aldrig	saknas
ventil i kök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
fettfilter i spiskåpa/fläkt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
ventil i badrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**31. Tycker Du att det är lätt eller svårt att städa/ göra rent i.....**

	mycket lätt	ganska lätt	acceptabelt/ varken lätt eller svårt	ganska svårt	mycket svårt
kök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
badrum/wc	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
lägenheten som helhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



---

**ENERGIFRÅGOR**


---

32. Du fick en termometer tillsammans med frågeformuläret. Använd den för att mäta vilken temperatur det är just nu i vardagsrummet . Termometern placeras på innervägg i ögonhöjd.

Termometern visar på .....<sup>0</sup>C i vardagsrummet

33. Vilken temperatur skulle Du vilja ha just nu i vardagsrummet?

.....<sup>0</sup>C

34. Är Du nöjd eller missnöjd med temperaturen i vardagsrummet just nu?

mycket    ganska    varken nöjd    ganska    mycket  
nöjd    nöjd    eller missnöjd    missnöjd    missnöjd

1     2     3     4     5

35. Då inomhusklimatet varierar under en månad och tid på dygnet ber vi Dig även fylla i datum och klockslag när Du mätte temperaturen.

Datum den...../..... klockan.....

---

**BAKGRUNDSFRÅGOR**


---

36. Hur stor är Din lägenhet?

- 1  1 rum och kök/kokvrå  
2  2 rum och kök/kokvrå  
3  3 -4 rum och kök  
4  5-6 rum och kök  
5  7 rum och kök eller större

37. Vilket våningsplan ligger lägenheten på?

- 1  1-2 trappor ned (suterrängvåning)  
2  bottenvåning/nedre botten  
3  1-2 trappor upp  
4  3-4 trappor upp  
5  5 trappor upp eller högre

38. Har något rum i lägenheten renoverats under det senaste året?  
Dvs. tapetserats, målats och/eller fått ny golvbeläggning.

- 1  ja, hela lägenheten  
2  ja, i delar av lägenheten  
3  nej

**39. Har Din lägenhet haft någon större fukt- eller vattenskada de senaste fem åren?**

	ja	nej	vet ej
fuktskada (fuktfläck på vägg/golv/tak)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
vattenskada (läckande rör, diskmaskin etc)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**40. Hur många maskiner tvätt kör Du eller någon annan i hushållet sammanlagt under en normal månad i egen tvättmaskin respektive i tvättstugans maskiner?**

i lägenheten .....st

i tvättstugan .....st

**41. Hur många bor stadigvarande i Din lägenhet? Räkna även med Dig själv.**

..... antal vuxna

..... antal barn 0 - 6 år

..... antal barn 7 - 17 år

**42. Hur länge har Du bott i lägenheten?**

0	<input type="checkbox"/>	mindre än 6 månader
1	<input type="checkbox"/>	6 mån - 12 mån
2	<input type="checkbox"/>	1 - 3 år
3	<input type="checkbox"/>	4 - 5 år

**TILL SIST.....**

**43. Hur gammal är Du?**

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

**44. Är Du man eller kvinna?**

1	<input type="checkbox"/>	man
2	<input type="checkbox"/>	kvinna

**45. Röker Du?**

1	<input type="checkbox"/>	ja
2	<input type="checkbox"/>	nej

