



MM-enkäter

Niklas Ricklund
Yrkeshygieniker, fil. dr



Tillämpning

- Kartläggning av symptom & miljöfaktorer
- ”Örebromodellen”
 - Klagomål → kartläggning → tekniska undersökningar → åtgärder
- Utredning på gruppnivå
 - Resultaten indikativa
 - Underlag för fortsatta undersökningar
 - Sambandsbedömning på individnivå:
medicinsk utredning + exponeringutredning

Versioner

- Basenkät Arbetsmiljö (MM 040 NA)
- Kontor (MM 040 NA Kontor)
- Skolor/personal (MM 040 NA Sp1)
- Förskolor/personal (MM 040 NA Sp2)
- Vårdinrättningar/sjukhus (MM 040 NA Vård)
- Skolor/elever (MM 060 NA Sp11)
- Skolor/föräldrar (MM 080 NA Sp11 B)
- Förskolor/föräldrar (MM 075 NA B)

Innehåll

- Bakgrundsdata, svaranden
- Symptom
 - Tidigare: allergiska
 - Nuvarande: generella, slemhinnor, hud
- Arbetsmiljö
 - Arbetsförhållanden: arbetsbelastning, stress, psykosocialt
 - Miljöfaktorer: drag, temperatur, luftkvalitet, buller, städning, belysning

Exempel: MM 040 NA Kontor

INOMHUSKLIMAT		MM 040 NA Kontor		Namn (frivillig uppgift)		
Arbetsmiljö - Kontor		Datum år mån dag		Företag (viktig uppgift)		
1-6					Avdelning (viktig uppgift)	
7-11	Grupp _____				Befattning	
12-21	Arbetsplats _____ Avd _____ <small>Ifylles av handläggaren</small>					

Med det här formuläret vill vi försöka få fram hur du upplever inomhusklimatet på din arbetsplats och om du har besvär eller symtom.

BAKGRUND

22-26	Arbetsplatsen är belägen på våningsplan	_____	Husnummer	_____	
27	Arbetsplatstyp:	eget rum <input type="checkbox"/>	delat rum <input type="checkbox"/>	kontorslandskap <input type="checkbox"/>	annat <input type="checkbox"/>
28	Arbetstyp:	mestadeln på kontoret <input type="checkbox"/>	på uppdrag utanför kontoret mer än 2 dagar/v <input type="checkbox"/>		
29-32	Hur länge har du varit på din nuvarande arbetsplats?	Sedan år _____ (t ex 1998)			
33	Befattningskategori:	arbetsledare/chef <input type="checkbox"/>	annan <input type="checkbox"/>		
34	Tjänst:	fast anställd <input type="checkbox"/>	vikarie <input type="checkbox"/>	projektanställd <input type="checkbox"/>	annat <input type="checkbox"/>
35	Arbetstid:	heltid (minst 30 tim/vecka) <input type="checkbox"/>	deltid <input type="checkbox"/>		
36	Övertidsarbete:	sällan <input type="checkbox"/>	mindre än 20 tim/månad <input type="checkbox"/>	mer än 20 tim/månad <input type="checkbox"/>	

ARBETSMILJÖ

Har du de senaste 3 månaderna känt dig besvärad av någon eller några av följande faktorer på din arbetsplats? (Besvara varje fråga även om Du inte känt Dig besvärad!)

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)
37	Drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	För hög rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Varierande rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	För låg rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Instängd ("dålig") luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Statisk elektricitet som gör att du lätt får stötar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Belysning som är för svag eller ger bländning och/eller reflexer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Damm och smuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBETSFÖRHÅLLANDEN

	Ja, oftast (1)	Ja, ibland (2)	Nej, sällan (3)	Nej, aldrig (4)
1	Uppfattar du dina arbetsuppgifter som engagerande och stimulerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Har du för mycket att göra i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har du möjlighet att påverka dina arbetsförhållanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Får du hjälp av dina arbetskamrater när du har problem i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Är du orolig för att din arbetssituation ska förändras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUVARANDE BESVÄR

Har du under de senaste 3 månaderna haft något/några av nedanstående besvär/symtom? (Besvara varje fråga även om du inte haft något/några besvär/symtom!)

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Om Ja, tror du att detta beror på din arbetsmiljö?		
				Ja (1)	Nej (2)	Vet ej (3)
6-7	Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-9	Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-11	Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-13	Illamående/yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-15	Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-17	Kläda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-19	Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-21	Näsblödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22-23	Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-25	Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-27	Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28-29	Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-31	Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32-33	Känt dig stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-35	Varit lättirriterad för småsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-37	Haft sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-39	Annat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra enkäter

- Folkhälsomyndighetens miljöhälsoenkät
- Boverkets inomhusmiljöenkät
- Stockholmsenkäten
- EcoEffects arbetsplatsenkät
- ✓ *MM Kontor tar upp 16 av totalt 17 förekommande symptom*
- Europa: *Office Air project*

Kriterier MM-enkäter

- Väl förankrat hos personalen
 - Informationsmöte
 - Informera om integritet
 - Klargjort syfte
 - Följebrev
- Minst 20 personer
 - Minimera bortfall
- Helst under uppvärmningssäsong
 - Ökad relevans mot referensmaterial
- Kommunicera resultat & uppföljning

- Läs manualen..!

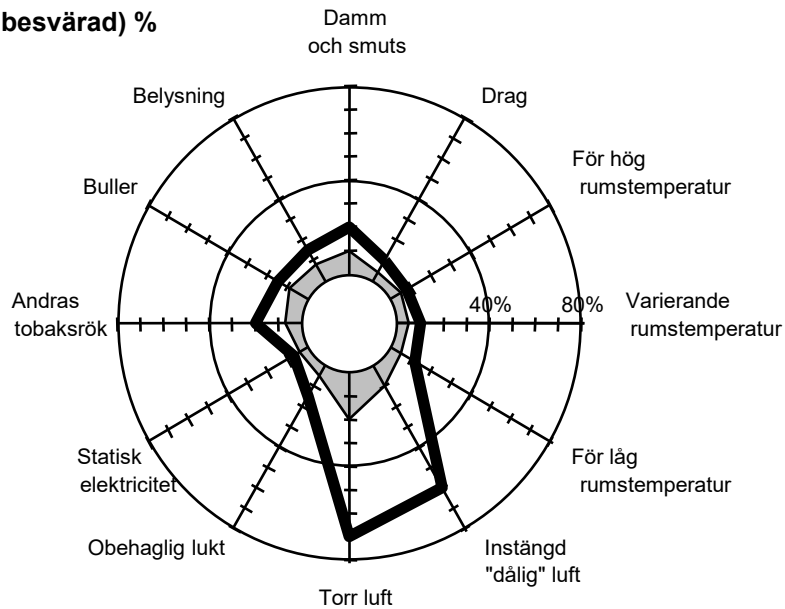
Tolkning av resultat

- Rosdiagram
 - Jämförelse mot referensmaterial
- Försiktiga slutsatser
 - Inringning av signifikanta faktorer
 - Frekvensökningar inte nödvändigtvis kopplade

Exempel: ventilation

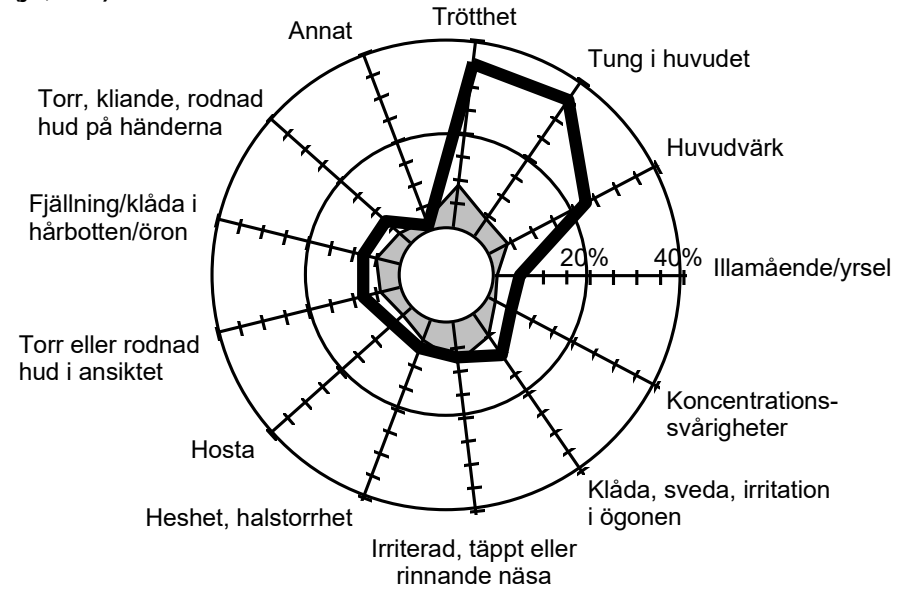
MILJÖFAKTORER

(ofta besvärad) %



BESVÄR/SYMTOM

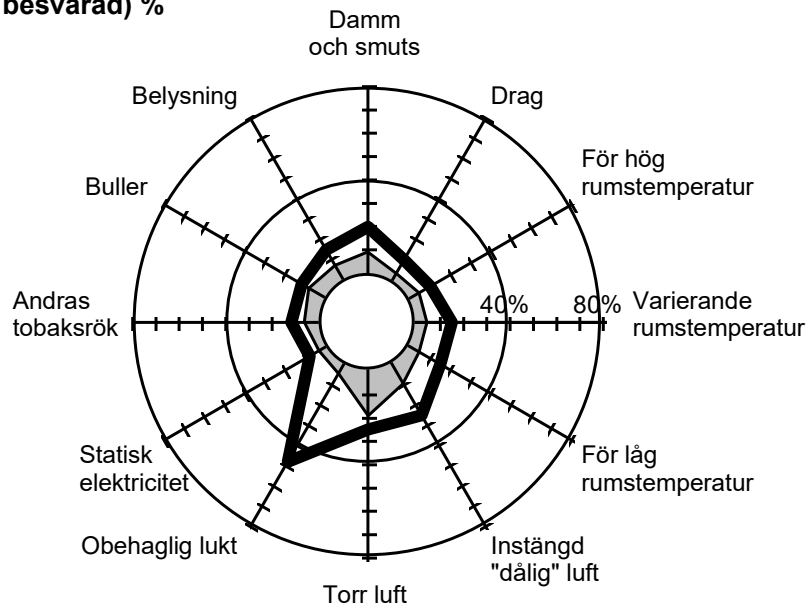
(ja,ofta) %



Exempel: fukt

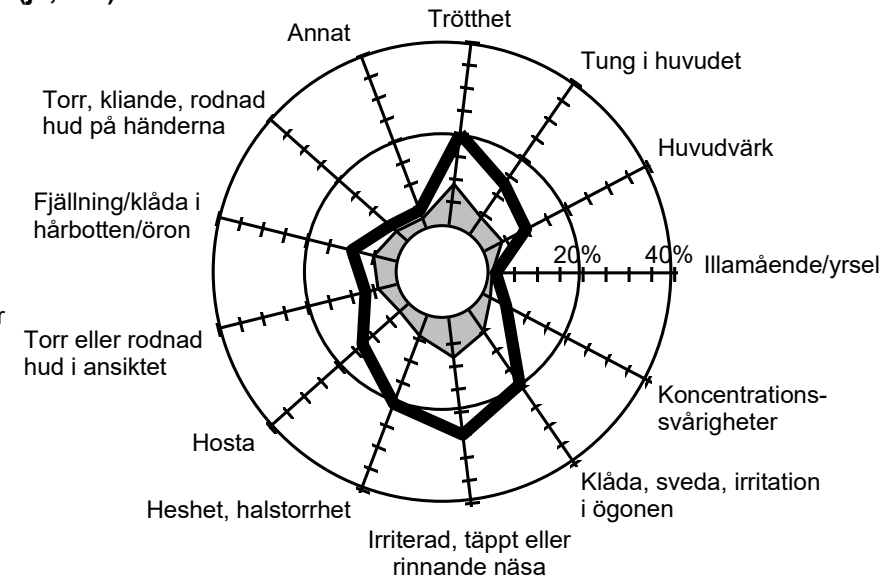
MILJÖFAKTORER

(ofta besvärad) %



BESVÄR/SYMTOM

(ja, ofta) %





Frågor

niklas.ricklund@regionorebrolan.se